……………………………….. ……………………………………

Wykonawca/Oferent miejscowość, data

**Dotyczy postępowania pn.:**

**Zakup Rezonansu Magnetycznego (MR) wraz z modernizacją pomieszczeń na potrzeby pracowni MR Szpitala „MCZ” S.A**

**Wykaz należycie wykonanych zamówień**

**z ostatnich 3 (trzech) lat przed dniem wszczęcia postępowania o udzieleniu zamówienia, potwierdzających doświadczenie w zakresie dostaw/realizacji prac porównywalnych rodzajowo do przedmiotu zamówienia**

(co najmniej 5 zamówień potwierdzających doświadczenie w zakresie podobnych dostaw/zamówień)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Zamawiający  /nazwa, adres/ | Rodzaj  i zakres zamówienia | Wartość  Netto/Brutto  w PLN | Termin rozpoczęcia prac | Termin zakończenia prac |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

Wykonanie wymienionych w wykazie zamówień potwierdzono załączonymi dokumentami stwierdzającymi ich należyte dostarczenie (listy referencyjne/protokoły odbioru).

...........................................................................................

Podpis Wykonawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym